TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Louis DUBRISAY

AGRÉGATION DE CHIRURGIE (*Section d'Accouchements*)

CONCOURS DE 1901

TITRES SCIENTIFIQUES

Préparateur à la Faculté de Médecine, 1884.

Externe des hôpitaux, 1886.

Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, 1890. (Médaille de bronze de l'Assistance publique.)

Médaille d'argent des épidémies. (Choléra, 1892.)

Interne à la Maternité de la Charité, 1893. (Service du Pr Budin.)

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, 1894.

Chef de clinique d'accouchements, 1895-1898. (Service du Pr Tarnier et service du Pr Budin.)

Membre titulaire de la Société d'Obstétrique de Paris.

ENSEIGNEMENT

Cours sur les soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, aux écoles municipales d'infirmières, depuis 1893.

Moniteur de manœuvres obstétricales à la Faculté de Paris en 1894.

Cours théorique d'accouchements professé à la Clinique Tarnier en 1898, 1899, 1900 et 1901. (Service du Pr Budin.)

Conférences de séméiologie obstétricale faites à la Clinique Tarnier en 1898, 1899, 1900, 1901. (Service du Pr Budin.)

Conférences de clinique obstétricale faites dans le service de M. le Dr Bonnaire, 1899, 1900, 1901. (Hôpital Lariboisière.)

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

PUBLICATIONS NON OBSTÉTRICALES

Anévrysme de la crosse de l'aorte. (Société anatomique, 1890.)

Compte rendu du Congrès d'hygiène de Londres. (France médicale, soût-septembre 1891.)

La conférence de Venise. Cours du Pr Proust. (Gazette des hôpitaux, 1892.)

PUBLICATIONS OBSTÉTRICALES

Infection du fœtus par contamination buccale. En collaboration avec le Dr Legry. (Presse médicale, 12 avril 1894.)

Observation d'accouchement méthodiquement rapide. (In Th. de M. Bottiau, Paris, 1894.)

De la version dans les bassins rétrécis. (Th. inaugurale, Paris, 1894.)

Note sur un cas de pseudo-infection puerpérale d'origine intestinale. (France médicale, avril 1895.)

Observation d'infection puerpérale traitée par l'écouvillonnage. (France médicale, 1895.)

Observation d'infection puerpérale traitée par le sérum antistreptococcique de Marmorek. (Soc. obst. de France, 1896.)

Présentation de pièces provenant d'une femme morte d'embolie consécutive à une phlegmatia alba dolens. En collaboration avec le Dr Thoyer-Rozat. (Soc. anatomique, janvier 1897.)

Recherches cliniques sur les mensurations de la tête fœtale à travers la paroi abdominale. En collaboration avec le Dr Perret. (Soc. obst. de France, 1897.)

Statistique des accouchements prématurés provoqués à la Clinique Tarnier en 1897. (Soc. obst. de France, 1898).

Note sur un monstre atteint de proencéphalie et de syndactylie. (Soc. d'obst. de Paris, 1898.)

Observation de vaginite granuleuse, ophtalmie purulente de l'enfant et con-

sécutivement galactophorite de la mère. En collaboration avec le Dr Valency. (Soc. d'obst. de Paris, 1898.)

Un cas de grossesse extra-membraneuse, enfant vivant. (Soc. d'obst. de Paris, 1899.)

Deux cas de stercorrhémie pendant les suites de couches. (Soc. médico-chirurgicale, 1899.)

Statistique des applications de forceps faites à la Clinique Tarnier en 1898 et 1899. En collaboration avec le Dr Thoyer-Rozat. (Soc. obst. de France, 1899.)

Deux observations d'enfants débiles. (Soc. obst. de France, 1899.)

Deux observations de dilatation artificielle du col. Procédé bi-manuel du Dr Bonnaire. (Soc. d'obst. de Paris, 1899.)

Deux cas d'éclampsie traités par l'accouchement méthodiquement rapide. (Soc. d'obst. de Paris, 1900.)

Appendicite pendant les suites de couches. (Soc. obst. de France, 1901.)

Un cas de grossesse extra-membraneuse. (Soc. d'obst. de Paris, mars 1901.)

ANALYSE DES PRINCIPALES PUBLICATIONS OBSTÉTRICALES

Infection à streptocoques du fœtus par la voie buccale.

(*Presse médicale*, 28 avril 1894. En collaboration avec le Dr Legry.)

Dans ce travail nous avons établi que l'infection fœtale pouvait se réaliser par un autre procédé que la voie placentaire.

On sait que, dans les cas de rupture prématurée des membranes, le fait de la libre communication de la cavité de l'œuf avec l'air extérieur favorise, lorsque l'accouchement tarde trop, le développement de phénomènes de putréfaction intra-utérine.

Or, il n'était pas illogique de supposer que, si l'expulsion a eu lieu à l'un des stades primitifs qui aboutissent à la transformation putride et dont le terme initial ne peut être que l'adjonction de microbes au liquide de l'œuf, le séjour, même de courte durée, du fœtus dans la cavité amniotique ainsi contaminée, puisse être chez celui-ci le point de départ d'une infection qui évoluera après sa naissance.

Notre maître, M. Budin, avait attiré notre attention sur la possibilité de pareils faits, à propos d'une observation dans laquelle nous relevons les points suivants : 1° rupture prématurée des membranes; 2° 14 heures plus tard, fétidité du liquide amniotique; 3° extraction 50 heures après la rupture d'un enfant en état de mort apparente, ayant dégluti une grande quantité de mucosités qu'on retire avec l'aspirateur; 4° dès le lendemain apparition de râles fins aux deux bases, avec 38° de température; 5° mort le surlendemain et, à l'autopsie, constatation de noyaux de broncho-pneumonie.

N'y avait-il pas là un ensemble de circonstances qui per-

mettait d'émettre cette hypothèse, que la pathogénie de l'affection pulmonaire, si hâtivement développée chez cet enfant, pouvait trouver son explication dans l'absorption, par les voies respiratoires, du liquide amniotique infecté?

Certes, cette interprétation pouvait soulever bien des objections. Il n'est pas inadmissible, en effet, que l'enfant ait contracté après sa naissance la broncho-pneumonie qui l'a enlevé, puisqu'il s'est écoulé un temps assez long (20 heures environ) avant la constatation des premiers signes stéthoscopiques. De plus, aucun examen bactériologique comparatif n'ayant été pratiqué, les doutes les plus légitimes pouvaient subsister sur la filiation des accidents survenus chez la mère et chez l'enfant.

Dans un deuxième fait, les résultats de nos recherches anatomiques et bactériologiques mettent au-dessus de toute contestation, nous semble-t-il, le mode pathogénique spécial que nous avons invoqué tout à l'heure.

Les particularités suivantes se dégageaient de cette observation : 1° apparition dès le début de la grossesse d'une vaginite intense à streptocoques ; 2° une rupture prématurée des membranes ; 3° accouchement spontané 40 heures après cette rupture, le travail n'ayant duré que deux heures et demie ; 4° mort de l'enfant 11 heures après sa naissance, et, à l'autopsie, pleurésie à streptocoques avec noyaux d'hépatisation pulmonaire contenant le même micro-organisme.

Une première hypothèse à rejeter, suivant nous, est celle d'une infection pleuro-pulmonaire contractée après la naissance. La gravité et l'étendue des lésions ne peuvent laisser aucun doute à cet égard, étant donnée la courte durée de la vie de l'enfant. Disons, en outre, que dès sa naissance l'enfant, qui n'avait nullement souffert pendant le travail, d'ailleurs très rapide, a présenté des troubles respiratoires qui ont été en s'accentuant de plus en plus.

On ne saurait davantage rattacher les altérations que nous avons décrites à une transmission intra-utérine par la voie placentaire, car nous n'avons trouvé chez la mère aucune manifestation générale de nature infectieuse. Du reste, les

recherches bactériologiques seraient peu favorables à cette manière de voir. Le sang de la mère et le sang de la veine ombilicale, de même que le placenta, ne contenaient aucun germe, et l'on pouvait opposer à l'abondance considérable des microbes dans les cultures du poumon et de la plèvre leur rareté véritable dans les tubes ensemencés avec le foie.

D'autre part, les coupes de ce dernier organe, indemne d'ailleurs de toute altération macroscopique ou histologique nettement appréciable, ne présentaient que quelques amas microbiens disséminés, tandis que la plèvre et le poumon, très profondément lésés, contenaient des microbes en très grande abondance.

Une seule interprétation nous paraît donc plausible. Nous venons de répéter que le liquide pleural et l'exsudat broncho-alvéolaire contenaient de nombreux streptocoques à l'état de pureté, et nous savons aussi que le pus de la vaginite renfermait les mêmes micro-organismes. Si l'on rapproche cette double notion du fait de la rupture prématurée des membranes et de la contamination possible du liquide amniotique, on est logiquement conduit à admettre que ce liquide a été infecté par des germes du pus vaginal et que, par son intermédiaire, l'infection s'est ensuite propagée aux voies respiratoires du fœtus, pour y déterminer *in utero* des désordres anatomiques déjà notables.

Nous ne voulons pas discuter ici le mécanisme pathogénique suivant lequel le liquide amniotique infecté a pu pénétrer dans les voies respiratoires du fœtus. C'est là une question absolument accessoire dans l'espèce, et il est évident, en tout cas, que les orifices du nez et de la bouche représentent des portes d'entrée facilement accessibles aux germes qui habitent la cavité amniotique. Il suffira, croyons-nous, d'avoir mis en relief les considérations théoriques qui légitiment notre interprétation et un ensemble de faits dûment contrôlés qui ont presque la valeur d'une démonstration expérimentale.

Une conclusion se dégage de nos deux observations, en ce

qui concerne le pronostic relatif à l'enfant, dans le cas de rupture prématurée des membranes : c'est que, même si l'accouchement se termine, avant le développement confirmé de phénomènes putrides, par l'expulsion d'un enfant offrant les apparences de la santé, tout péril n'est pas conjuré pour celui-ci. Il se peut, en effet, qu'il ait été contaminé dans l'intérieur de la cavité utérine et qu'il porte en lui des microbes pathogènes, susceptibles de réaliser plus tard un état infectieux, s'ils n'ont déjà provoqué des lésions plus ou moins avancées, devant amener la mort à bref délai.

Contribution à l'étude de la version dans les bassins rétrécis.

(Thèse inaugurale.)

Nous résumerons ce travail, fait sous l'inspiration de notre maître le professeur Budin, dont nous avions à cette époque l'honneur d'être l'interne, le plus brièvement possible.

Dans un premier chapitre, nous faisons un historique aussi complet que possible de la question, en passant en revue toutes les principales opinions émises par les auteurs depuis les temps les plus reculés jusqu'en 1893 et nous terminons notre chapitre de la façon suivante :

Si nous cherchons à résumer le débat qui, de tout temps, a passionné les accoucheurs, nous voyons que, dans les cas de bassins moyennement rétrécis, la perforation du crâne, dans le cas d'enfant vivant, est presque abandonnée à l'heure actuelle ; que, d'autre part, aux opérations existant déjà, accouchement prématuré, forceps au détroit supérieur et version, est venue, depuis deux ans, grâce aux travaux de Morisani en Italie, de Farabeuf, Pinard et ses élèves en France, s'ajouter la symphyséotomie, admise sans conteste par un certain nombre d'accoucheurs, avec plus de défiance, avec certaines réserves par d'autres, qui, comme Budin, comme Bar, comme Léopold, tout en admettant qu'elle peut rendre de grands services dans des cas déterminés, pensent qu'il est prématuré de l'admettre dans toutes les cir-

constances, à l'exclusion des autres procédés employés jusqu'à ce jour : accouchement prématuré artificiel, forceps, version et même perforation.

Après avoir, dans le deuxième chapitre, étudié les procédés nous permettant de faire le diagnostic des rétrécissements du bassin, de nous rendre compte de la forme de ces bassins, de leurs dimensions exactes, des rapports existant entre la tête fœtale et les dimensions du pelvis, nous entrons en plein dans le cœur du sujet en traitant la version dans les bassins rétrécis, ses indications et contre-indications, son manuel opératoire, ainsi que l'a indiqué le professeur Budin.

Deux cas peuvent se présenter :

a) Ou la femme se présente à terme et en travail ;

b) Ou bien elle se présente avant terme.

A) 1er cas. — La parturiente vient nous trouver à terme et en travail. Là encore deux subdivisions à établir : ou bien l'enfant est *mort*, ou bien il est *vivant*.

Dans la première hypothèse, nous n'avons plus à nous préoccuper que de la mère. Si nous supposons que l'accouchement peut se terminer spontanément, il faut soit attendre un certain temps, soit tenter une application de forceps ou une version, si ces opérations ne paraissent pas devoir présenter de difficultés, car, faites dans des conditions d'asepsie suffisantes, elles ne feront courir aucun danger à la mère; mais, très rapidement, à la moindre complication, il faudra avoir recours à l'embryotomie ou à la perforation. Nous ne croyons pas que dans ces circonstances on doive pratiquer la symphyséotomie, qui fait encore courir trop de risques à la mère.

Le professeur Léopold va encore plus loin : pour ne pas faire courir de danger à la mère, « il est préférable, dit-il, « que le praticien assimile l'enfant moribond à un enfant « mort, et qu'il perfore plutôt une fois en trop qu'une fois en « moins ». Dans ce cas, la conduite à tenir est donc relativement facile, et nous croyons qu'on peut encore pratiquer la version lorsqu'elle n'offre aucune difficulté, quitte à faire la perforation sur la tête dernière si on ne parvient pas à l'extraire.

Mais le problème est beaucoup plus complexe lorsqu'il

s'agit d'enfants vivants. Tout d'abord, ainsi que le dit Léopold, il y a grand intérêt à conserver le plus longtemps possible l'intégrité des membranes. Tant que la poche des eaux n'est pas rompue, l'enfant souffre moins, et nous serons ultérieurement dans de meilleures conditions pour intervenir si nous ne la rompons qu'au moment de pratiquer l'opération que nous aurons en vue.

Dans quelles circonstances pourrons-nous faire la version?

Ainsi que nous l'avons remarqué en étudiant l'historique de la question, presque tous les auteurs ont distingué, suivant qu'on était en présence d'un bassin plat ou d'un bassin généralement rétréci. Rappelant alors les expériences de Budin, qui permettent de bien se rendre compte de la façon dont passe la tête dernière à travers le détroit supérieur rétréci, nous établissons jusqu'à quelles limites on peut pratiquer cette opération, suivant qu'on est en présence d'un bassin plat ou d'un bassin généralement petit.

2ᵉ cas. — La parturiente vient nous consulter n'étant pas à terme.

Si nous avons pu la suivre dès le début de sa grossesse, si nous avons pu l'examiner à différentes reprises, nous connaissons aussi exactement que possible les dimensions, la forme de son bassin. Dans ce cas, sans vouloir discuter ici les indications de l'accouchement prématuré artificiel, nous croyons que c'est, dans un grand nombre d'observations, à cette intervention que l'on devra avoir recours.

Nous ne voulons pas insister davantage sur la valeur de cette opération, cela nous entraînerait hors de notre sujet, mais ce que nous voulons examiner ici, c'est dans quelles circonstances la version peut être indiquée comme complément de l'accouchement prématuré, soit provoqué, soit spontané.

On se rappelle le mémoire de Milne, qui, sur 38 enfants, en a 35 vivants par la version, et l'opinion de Barnes qui disait : « Quand le diamètre conjugué est rétréci, la version « est le complément obligé de l'accouchement prématuré à « 7 ou 8 mois. »

Comme, avant le terme de 8 mois, il est difficile d'avoir un enfant qu'on puisse élever facilement, nous ne nous occuperons que des cas où la femme est arrivée à cette époque. De même que pour la version à terme, il y a lieu de distinguer entre le bassin plat et le bassin généralement rétréci. Occupons-nous d'abord du premier. Rappelons qu'à 8 mois de grossesse, le diamètre bipariétal mesure environ 8 centimètres et par conséquent le diamètre bitemporal est de 7 centimètres; on peut donc admettre qu'on pourra faire passer la tête du fœtus dans un bassin de 6 c. 5 de diamètre promonto-pubien, étant donné la réductibilité que présente le diamètre bi-temporal.

Dans le cas de bassin généralement rétréci, la version n'est pas plus indiquée qu'à terme, ou du moins il faut que le diamètre antéro-postérieur soit beaucoup plus étendu : nous croyons nous rapprocher de la vérité en fixant à 7 centimètres de diamètre promonto-pubien minimum la limite à laquelle on pourra tenter la version. Mais, du reste, nous ne saurions trop le répéter, dans les cas de bassins généralement rétrécis, la version n'est pas une bonne opération.

En dessous de ces limites que doit-on faire? Pratiquer la perforation ou l'avortement prématuré, ou la césarienne à terme; c'est ce qu'on disait autrefois. Actuellement il n'en est plus de même et c'est à la symphyséotomie qu'on aura recours. — La combinaison de la symphyséotomie et de l'accouchement prématuré permet donc d'étendre encore davantage le champ de cette dernière opération.

Dans le cas où la femme viendrait nous consulter vers le terme de huit mois, si on reconnaît que l'enfant est mort, devrons-nous pratiquer encore l'accouchement provoqué? Nous ne le croyons pas. Dans ce cas, le plus simple, s'il n'y a pas d'accident, sera de laisser le travail se déclarer spontanément.

Si, au contraire, il y avait urgence à intervenir, il faudrait provoquer l'accouchement et recourir rapidement à l'intervention compromettant le moins la vie de la femme.

Nous rapportons ensuite un certain nombre d'observations personnelles, qui nous donnent les résultats suivants :

o comme mortalité *maternelle*.
27,2 % — *fœtale*.

Voici enfin quelles sont les conclusions auxquelles nous sommes amené :

Dans les bassins viciés par le rachitisme, il est des cas où la version, suivie de l'extraction, peut rendre des services.

Il y a lieu de distinguer entre le *bassin plat* et le *bassin généralement rétréci*.

1° Dans le *bassin plat*, la version est possible jusqu'à 7 c. 5 de diamètre promonto-pubien minimum, parce qu'on a de la place sur les parties latérales. On ne devra pas attendre trop longtemps pour pratiquer cette opération. Quand la dilatation est complète, si on voit que, malgré des contractions énergiques, la tête n'a pas de tendance à s'engager, il faut intervenir. Il importe aussi de tenir grand compte du volume de l'enfant relativement au degré et à la forme du rétrécissement; de bien connaître le mécanisme du passage de la tête à travers le détroit supérieur rétréci; de recourir au manuel opératoire que nous avons indiqué.

2° Dans le *bassin généralement rétréci*, la version n'est pas une bonne opération, et c'est au forceps ou à la symphyséotomie que, suivant les cas, il faut avoir recours.

Si la tête est solidement fixée au détroit supérieur, quelle que soit la forme du bassin, on devra tenter une application oblique de forceps, et, si le forceps échoue, faire la symphyséotomie.

Avant terme, on peut pratiquer la version comme complément de l'accouchement prématuré, soit provoqué, soit spontané, en prenant pour limites 6 centimètres à 6 c. 5 de diamètre promonto-pubien minimum dans le cas de bassin plat.

Lorsque le fœtus est mort, si l'accouchement ne peut se terminer spontanément, on tente la version ou une applica-

tion de forceps, si on prévoit que l'intervention doive être facile; si on échoue, il faut, sans attendre, pratiquer l'embryotomie.

Recherches cliniques sur les mensurations de la tête fœtale à travers la paroi abdominale.

(*Soc. obst. de France*, 1897. En collaboration avec le Dr Perret.)

Dans cette note nous avons rapporté 16 cas dans lesquels nous avons pratiqué la mensuration de la tête fœtale à travers la paroi abdominale à l'aide du procédé indiqué par M. Perret dans sa thèse inaugurale.

Ce procédé consiste, ne pouvant mesurer directement le diamètre bi-pariétal, à mesurer le diamètre occipito-frontal et à en déduire le bi-pariétal. La différence qui existe entre le bi-pariétal et l'occipito-frontal est en moyenne de 25 millimètres. D'où il résulte qu'étant donné un diamètre occipito-frontal, il suffira d'en retrancher 25 millimètres pour avoir sensiblement le diamètre bi-pariétal correspondant.

Sur nos 16 cas :

2 fois les mensurations ont été très difficiles à cause de conditions particulières.

Sur les 14 cas restant :

4 fois, les mensurations ont été *exactes ;*

2 fois, il y a eu une erreur en plus de 2 *millimètres ;*

8 fois, une erreur en moins de 1 *millimètre.*

Nous en avons déduit les conséquences qu'on en pouvait tirer au point de vue de l'accouchement provoqué artificiel.

Accouchements provoqués à la Clinique Tarnier en 1897.

(*Soc. obst. de France*, 1898.)

Dans cette communication je rapporte huit observations de femmes ayant un bassin modérément rétréci, chez les-

quelles j'ai provoqué l'accouchement au cours du neuvième mois, en me basant, pour déterminer l'époque à laquelle on devait faire accoucher ces femmes, d'une part, sur le degré de rétrécissement et, d'autre part, sur le volume du fœtus et en particulier de la tête fœtale mesurée à l'aide du procédé de Perret.

Sur ces huit observations il en est une que, dès le début, nous mettrons à part (Obs. 8 du tableau), car, après avoir provoqué l'accouchement, on fut forcé, pour le terminer, d'avoir recours à la symphyséotomie.

Il s'agissait d'une femme M., enceinte pour la 4e fois, chez laquelle le 1er accouchement s'était terminé spontanément à terme (enfant petit); la 2e fois, application de forceps pénible, enfant vivant; la 3e fois, embryotomie faite à la Clinique Baudeloque.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 14 au 21 avril 1896. Le professeur Tarnier examine la parturiente en novembre 1896; il constate qu'elle est enceinte de six mois et demi environ, que, de plus, elle présente un bassin généralement rétréci avec un diamètre p.-s.-p. égal à 10,4.

En janvier 1897, l'enfant a pris un développement considérable et on se décide à intervenir.

Le 11 janvier, à une heure du matin, introduction du petit ballon Tarnier; une heure après, apparition des premières douleurs, mais le travail marche très lentement.

Le 12, à 10 heures du matin, le petit ballon est expulsé; les douleurs continuent très espacées.

Le 13, à 9 heures, la dilatation égale une grande paume de main, les membranes sont rompues depuis la veille à 5 heures. La partie fœtale, la tête, n'a nulle tendance à descendre; elle est au détroit supérieur en OIDA. On tente une application de forceps, et comme, après des tractions modérées, on voit que rien ne s'engage, sur les conseils du professeur Tarnier, M. Bonnaire, laissant le forceps en place, fait une symphyséotomie.

Immédiatement après la section de la symphyse, on extrait, à l'aide du forceps qui était resté en place, un enfant du

poids de 3,830 grammes qui naît étonné, mais est vite ranimé. Suites de couches normales. La mère et l'enfant sont sortis de l'hôpital vivants et bien portants.

Si nous éliminons cette observation, il nous reste sept accouchements dans lesquels nous avons provoqué le travail à l'aide du ballon du professeur Tarnier auquel nous avons été forcé d'adjoindre, sauf dans un seul cas, soit l'écarteur, soit le ballon de M. Champetier de Ribes.

En résumé, nous voyons que sur 7 accouchements prématurés provoqués :

3 se sont terminés spontanément;

2 ont été terminés par des applications de forceps au détroit inférieur.

2 par des versions pour défaut d'engagement de la partie fœtale.

Tous ces accouchements ont été provoqués dans des bassins modérément rétrécis.

1	mesurait	$9^c.2$	de diamètre promonto-pubien minimum.
2	—	9^c.	— —
3	—	8^c. à 9^c.	— —
1	—	8^c.	— —

En ce qui concerne les résultats, la *mortalité* maternelle a été *nulle*.

Quand à la *morbidité*, deux femmes ont eu de la lymphangite du sein pendant leurs suites de couches.

Pour les enfants :

6 sont sortis de l'hôpital en bon état; 1 a succombé au 10e jour à de l'infection gastro-intestinale et à de la broncho-pneumonie; comme il pesait 3.200 grammes à sa naissance, nous ne croyons pas qu'on puisse, en ce cas, incriminer l'accouchement prématuré.

Statistique des applications de forceps faites à la Clinique Tarnier (service du prof. Budin) en 1898-1899.

(*Soc. obst. de France*, 1899. En collaboration avec le Dr Thoyer-Rozat.)

Voici les résultats que nous avons obtenus. Il a été fait pendant la période qui nous occupe :

236 applications de forceps,
25 au détroit supérieur,
211 dans l'excavation.

Détroit supérieur : 25 cas.

Mortalité maternelle. — 1 femme morte (amenée du dehors profondément infectée).

Mortalité fœtale. — 7 (dont on doit retirer 3 cas d'enfants morts avant l'intervention), reste 4.

Soit : 16 % de mortalité fœtale.

Détroit inférieur ou excavation : 211 cas.

Mortalité maternelle. — 1 (femme morte d'éclampsie).

Mortalité fœtale. — 23 (dont nous devons déduire 1 anencéphale, 1 macéré, 4 enfants morts avant l'intervention), soit 17 morts.

Soit : 8 % de mortalité fœtale.

Observation de vaginite granuleuse au cours de la grossesse, etc.

(*Soc. d'obst. de Paris*, juin 1898. En collaboration avec le Dr Valency.)

Dans cette observation, ce qu'il y a d'intéressant c'est qu'on peut suivre l'enchaînement des phénomènes.

La mère a une vaginite granuleuse intense pendant sa grossesse ; il y a rupture précoce des membranes (tout à fait au début du travail). L'enfant naît et 24 heures après sa naissance a de l'ophtalmie purulente.

Malgré toutes les précautions prises, la malade a de la galactophorite, l'enfant s'infecte à nouveau et meurt avec des accidents du côté de l'ombilic et du tube digestif.

Deux observations d'enfants débiles.

(*Soc. Obst. de France*, 1899.)

L'un, né à 6 mois, pesait 1.120 grammes, tombé à 1.020 gr. le 14[e] jour; le 2[e], né à 7 mois, pesait 1 645, tombé à 1.520. Placés en couveuse, ils ont été élevés au sein de nourrices qui ont conservé leur propre enfant de façon à entretenir la sécrétion lactée (Budin). Tous deux sont actuellement vivants et bien portants.

Deux observations de stercorrhémie pendant les suites de couches.

(*Bulletins et mémoires de la Soc. médico-chirurgicale de Paris*, février 1899.)

Nous savons que souvent, au cours des suites de couches, on voit survenir de la constipation et qu'on est forcé de surveiller de près le bon fonctionnement de l'intestin. Cependant, il est rare de voir ces phénomènes aller jusqu'à produire des accidents fébriles qui peuvent donner le change et faire croire parfois à des phénomènes d'infection puerpérale. C'est cependant ce que nous avons eu l'occasion d'observer dans deux cas que nous rapportons ici.

Dans le premier il s'agissait d'une dame Ilpare, chez laquelle le 1[er] accouchement avait été suivi, paraît-il, d'accidents infectieux. Je l'accouche la 2[e] fois et j'extrais par le forceps un enfant vivant de 4.500. Suites de couches parfaites jusqu'au 9[e] jour où la température s'élève à 37°8, le pouls à 116. *Rien du côté des organes génitaux.* Tout rentre dans l'ordre à la suite d'une évacuation alvine abondante. Le 13[e] jour, frisson violent, la température s'élève à 39°, le pouls à 120. On donne un lavement d'eau bouillie de 3 litres à l'aide d'une sonde rectale et une purgation qui sont suivies d'évacuations alvines *très abondantes et très fétides* : à la suite tout rentre dans l'ordre.

Dans le 2[e] cas, c'est le 4[e] jour que la température s'est élevée à 39°5. Songeant à l'infection utérine, j'ai examiné les

organes génitaux avec le plus grand soin : il n'y avait rien du côté du vagin; l'utérus était bien rétracté et le toucher permettait de constater que l'orifice interne n'était pas perméable.

A la suite d'un lavement purgatif du Codex, qui provoqua une abondante évacuation de matières fécales très fétides, tout rentra dans l'ordre.

On ne saurait donc jamais trop surveiller les fonctions digestives chez les nouvelles accouchées, sans quoi on s'exposerait à des accidents ainsi que le professeur Budin en a rapporté des exemples dans une leçon faite en 1893, à la Charité, sur les *Rapports de l'utérus avec l'intestin au point de vue clinique.*

Appendicite pendant les suites de couches.

(*Soc. Obst. de France*, 1901.)

Nous avons eu l'occasion d'observer l'année dernière, à la suite d'un accouchement des plus pénibles (forceps en OIDP, délivrance artificielle, périnéorraphie), une crise appendiculaire, survenue le lendemain de l'accouchement, sans que rien, sauf de la constipation depuis de longues années, ait pu faire prévoir l'apparition de cet accident. — La malade, soumise au traitement médical (glace sur le ventre, diète hydrique, etc.), a parfaitement guéri, a été opérée à froid deux mois après et va tout-à-fait bien maintenant. Un fait intéressant à noter dans cette observation c'est que, malgré la crise bien nette d'appendicite, malgré l'élévation de température, il n'y a pas eu trace de phénomènes infectieux du côté des organes génitaux.

Deux observations de grossesse extra-membraneuse.

(*Soc. d'Obst. de Paris*, février 1899 et mars 1901.)

Il nous a été donné, à deux ans de distance, d'observer deux cas de grossesse extra-membraneuse, chez lesquelles

nous avons pu établir le diagnostic de cette affection au cours de la grossesse.

Les faits, au nombre de 6 ou 7, publiés jusqu'à ce jour, sont bien connus depuis le mémoire de M. Bar à la Société d'obstétrique de Paris en avril 1898 et la thèse de M. Glaize (1900), thèse publiée sur les indications de M. Maygrier.

Les symptômes que nous avons observés dans nos deux cas sont toujours les mêmes, ils consistent dans un écoulement persistant de liquide amniotique survenu, dans le premier cas, au quatrième mois, dans le deuxième, au troisième mois de la grossesse. — Les deux fois, l'accouchement a eu lieu à 7 mois et les fœtus se présentaient par le siège décompléte mode des fesses. — Dans notre première observation, nous avons eu la bonne fortune d'avoir un enfant vivant (actuellement encore), le seul, croyons-nous, qu'on ait eu vivant dans toutes les observations publiées jusqu'à ce jour.

Les deux placentas étaient identiques. Bordés tous deux, la masse placentaire débordait la cavité des membranes sur tout le pourtour dans une étendue d'au moins 3 ou 4 centimètres. Mais ce qu'il y avait de plus frappant, c'était la petitesse de la cavité ovulaire, pouvant contenir à peine deux cents grammes de liquide. — Il existait, à n'en pas douter, une soudure des deux membranes chorion ou amnios au niveau du bord libre.

Deux observations d'accouchement méthodiquement rapide par le procédé de M. Bonnaire.

(*Soc. d'Obst. de Paris*, juillet 1899.)

Dans deux cas j'ai eu l'occasion de pratiquer la dilatation bi-manuelle du col utérin (procédé de Bonnaire). Dans le 1er la dilatation était de 3 c. 1/2, l'enfant souffrait, les membranes étaient rompues depuis 30 heures, le travail durait depuis 36 heures; *en 20 minutes* j'ai obtenu une dilatation complète qui m'a permis d'extraire par le forceps un enfant vivant (la malade était primipare).

Dans le 2e cas, il s'agissait d'une malade Vpare ayant un placenta prævia s'accompagnant d'hémorrhagies graves compromettant la vie de la mère; l'enfant avait succombé. La dilatation était de 1 centimètre environ. En moins de dix minutes, la dilatation était complète par le procédé bi-manuel.

Suites de couches parfaites dans les deux cas.

Notons que d'une part l'intervention a été relativement facile; d'autre part que, quoique ayant en vue de pratiquer l'accouchement rapide, nous ne sommes intervenu que lorsque la *dilatation était complète.*

Deux cas d'éclampsie traités par l'accouchement méthodiquement rapide.

(*Soc. d'Obst. de Paris*, février 1900.)

Dans ces deux observations, que nous avons rapportées à la Société d'Obstétrique de Paris, nous avons cru devoir terminer rapidement l'accouchement par la dilatation bi-manuelle (procédé de Bonnaire). Chez l'une des malades le travail était à peine commencé; chez l'autre le col avait encore presque toute sa longueur et était simplement perméable au doigt.

Voici du reste nos deux observations :

Observation I.

Mme G..., IIpare, âgée de 25 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort apoplectique, mère morte phtisique.

Antécédents personnels. — Bons. Aucune maladie, sauf une scarlatine *grave* à l'âge de 9 ans.

Réglée à 11 ans et demi régulièrement. Premier accouchement le 20 janvier 1897. Grossesse et accouchement normaux; l'enfant se présentait par le sommet en OIGA; il est actuellement vivant et bien portant.

Grossesse actuelle. — D. R. fin février 1899.

Au début troubles dyspeptiques assez intenses, qui durent jusqu'au troisième mois.

En septembre 1899 (enceinte alors de 5 mois et demi à 6 mois), la malade, à la suite d'assez grandes fatigues occasionnées par son commerce, qui l'oblige à rester souvent debout, s'aperçoit que ses jambes sont enflées; de plus, elle éprouve des douleurs épigastriques violentes et de fréquentes insomnies. La sage-femme qui assiste la parturiente dit avoir examiné les urines et ne pas y avoir trouvé d'albumine. La malade ne fut pas mise au lait.

Le 18 octobre 1899, au moment de se lever, vers 7 heures, sans raison apparente, la malade perd connaissance et a une crise pendant laquelle elle se mord la langue; son mari, très effrayé, envoie chercher la sage-femme et le Dr Noir, qui trouve la malade dans le coma et assiste, au moment de son arrivée, à une crise caractéristique d'éclampsie. Il sonde la malade, retire à peine 150 gr. d'urine dans laquelle il trouve de l'albumine à flots.

Il fait immédiatement donner à la femme un grand lavement évacuant et un lavement avec 4 gr. de chloral. Pendant ce temps, la malade a quatre nouvelles crises.

Je vois la malade à 10 heures et demie. Elle est dans le coma et présente l'aspect caractéristique de l'éclamptique. Au moment où je m'approche de son lit pour l'examiner, elle a une nouvelle crise qui dure environ 3 minutes, c'est la septième.

On lui donne du chloroforme et je fais l'examen. Par le palper je constate un utérus développé comme un utérus de 7 mois et quart environ. L'enfant se présente par le sommet en OIGT, la tête s'amorce au niveau du détroit supérieur pendant les contractions qui sont peu fréquentes et peu énergiques. Les bruits du cœur sont irréguliers et soufflants.

Au toucher, je trouve un col diminué de longueur, dilatable de 1 centimètre environ; la poche des eaux est rompue et il s'écoule du liquide teinté de méconium.

Je me décide à hâter l'accouchement. A 11 *heures*, la malade étant toujours endormie, je fais la dilatation manuelle par le procédé de M. Bonnaire et à 11 *heures* 20 le col est complètement dilaté. Je fais une application oblique de forceps en GT au niveau du détroit supérieur et à 11 heures et demie j'extrais un enfant du poids de 1.885 gr., né en état de mort apparente, que je pus ranimer, mais qui succombait dans le courant de la journée. Quelques instants après l'accouchement, la délivrance se fait spontanément et est suivie d'une injection intra-utérine. J'examine le col, il ne présente pas trace de déchirure, sauf une cicatrice ancienne, existant du côté gauche, vestige de l'accouchement antérieur. On cesse le chloroforme à 11 heures 40 et au bout de quelque temps on fait prendre à la femme du lait, qu'elle boit assez facilement. Elle ne reprend connaissance que dans la soirée, mais *depuis son accouchement elle n'a pas eu de nouvelle crise.*

Le lendemain matin on lui donne un purgatif et on continue à lui faire boire du lait (2 litres et demi environ par 24 heures).

Au bout de 48 heures l'albumine a totalement disparu ; néanmoins on maintient la malade au régime lacté intégral pendant huit jours. Les suites de couches ont été parfaites : la malade s'est relevée au bout de vingt jours et je l'ai revue au mois de janvier en excellent état.

Observation II.

Mme T..., 23 ans, primipare.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires ni personnels, sauf une scarlatine à l'âge de 3 ans et demi. Réglée à 11 ans, régulièrement, la parturiente a vu ses dernières règles du 18 au 22 avril 1899. Bonne grossesse.

Le 10 janvier 1900, la malade se plaignant de céphalée intense, d'éblouissements, le Dr Vallat, de Joinville-le-Pont, examine les urines et y constate la présence d'albumine : il prescrit le régime lacté, qui n'est pas suivi.

Dans la nuit du 29 au 30 janvier, la malade est prise de crises que le médecin appelé reconnaît être des crises d'éclampsie. Il prescrit le régime lacté, un lavement évacuant suivi d'un lavement de 4 gr. de chloral qui est gardé.

On ne peut arriver à faire garder du lait à la malade. Il nous a été impossible de savoir combien la malade avait eu de crises, mais, au dire des parents, elles auraient été très fréquentes.

Lorsque je vois la femme, à 2 heures et demie de l'après-midi, elle est dans le coma.

J'assiste à deux crises d'éclampsie dans l'espace de 10 minutes ; on peut faire avorter la deuxième en faisant respirer quelques bouffées de chloroforme.

Je profite de l'anesthésie pour examiner la malade : grossesse à terme ; fœtus vivant se présentant par le sommet en OIGT ; tête amorcée au niveau du détroit supérieur.

Par le toucher : col encore long, facilement perméable dans toute son étendue. Bassin légèrement rétréci en forme de cœur de carte à jouer ; tête fixée au détroit supérieur. Poche des eaux intacte, commençant à bomber au moment des contractions.

Cette malade étant à terme, en imminence de travail, l'enfant étant vivant et bien portant, je pense qu'il y a intérêt pour la mère et pour l'enfant à hâter la terminaison de l'accouchement.

La malade étant soumise à l'anesthésie, je pratique la dilatation du col par le procédé de Bonnaire ; en 50 minutes j'obtiens une dilatation presque complète. Je tente une application oblique de forceps au détroit supérieur, la tête étant amorcée, mais pendant l'opération on

m'avertit que les bruits du cœur deviennent sourds, irréguliers et soufflants. Je touche et je m'aperçois qu'une anse du cordon fait procidence en arrière et à droite ; anse animée de quelques faibles battements. Je retire rapidement le forceps et je fais la version qui me permet d'extraire un enfant du sexe masculin en état de mort apparente.

L'opération, depuis le moment où j'ai commencé la dilatation du col jusqu'à la sortie de l'enfant, a duré 1 heure 10.

Au bout de 3/4 d'heure, après avoir pratiqué l'aspiration et l'insufflation, l'enfant était ranimé et criait bien.

Il a continué à très bien aller. Quant à la mère, les suites de couches ont été parfaites.

Elle n'a repris connaissance que le lendemain matin, mais elle n'a plus eu de crises.

On l'a soumise à un régime lacté sévère, tout en surveillant les fonctions digestives.

A part un peu de grippe, qu'elle a eu du 5ᵉ au 8ᵉ jour, elle a été très bien.

A aucun moment il n'y a eu d'accidents du côté des organes génitaux, ni douleur abdominale, ni fétidité des lochies.

J'ai eu de ses nouvelles il y a deux jours (15ᵉ jour) ; elle est tout à fait bien et a du lait en quantité suffisante pour nourrir son enfant, qui continue à se bien développer.

Nous voyons donc que dans ces deux cas l'évacuation rapide de l'utérus a été suivie de succès pour les mères, et nous a permis dans le deuxième cas d'avoir un enfant vivant et bien portant.

Il est quelques points de nos observations qui méritent, croyons-nous, d'attirer l'attention.

Signalons d'abord, sans y insister autrement, que chez nos deux femmes nous avons trouvé deux scarlatines graves, dans les antécédents.

En ce qui concerne l'intervention, dans la première observation, il s'agissait d'une secondipare au début du travail, avec parties molles relativement souples ; rien d'étonnant donc à ce que nous ayons pu réussir à avoir en 20 minutes une dilatation complète. C'est même cette facilité relative, que nous pouvons prévoir, jointe à l'état de souffrance de l'enfant, qui nous ont décidé à pratiquer l'accouchement rapide, quoique l'enfant ne fut âgé que de 7 mois 1/4 ; la poche des

eaux était rompue, l'enfant rendait du méconium, les bruits du cœur étaient irréguliers : ne pas intervenir c'était pour lui la mort certaine, peut-être en opérant avions-nous une chance de le sauver, outre que pour la mère nous pratiquions l'évacuation de l'utérus, qui, croyions-nous, ne pouvait être que favorable.

Dans le deuxième cas nous étions en présence d'une *primipare* avec un *col long* simplement perméable au doigt ; malgré ces conditions défavorables, nous avons pu néanmoins en 50 minutes, par la dilatation bi-manuelle, obtenir une dilatation presque complète, et cela sans effraction du col.

Nous savons cependant que dans deux observations analogues où le col n'était pas effacé, M. Bonnaire dit avoir échoué ; aussi, sans déconseiller cette pratique, dit-il que chez les primipares on s'expose à un échec.

Lors de la discussion de 1893 à l'Académie de Médecine, M. Charpentier, rapporteur de la question, s'est élevé contre l'accouchement rapide dans l'éclampsie, ainsi, du reste, que dans son rapport de 1896 au Congrès de Genève.

Peut-être, cependant, pourrait-on apporter quelque tempérament aux conclusions de M. Charpentier.

D'une part, nous ne voyons pas qu'on ait rapporté d'exemples de femmes ayant eu des accès pendant l'intervention, à la condition qu'elles soient soumises, bien entendu, à l'anesthésie par le chloroforme, à dose chirurgicale, qui du reste a été préconisé comme mode de traitement des accès éclamptiques.

Enfin, si l'éclampsie post-partum se rencontre dans 15 à 18 o/o des cas, on peut, d'autre part, rapporter les statistiques de Dührsen, qui dans 93 o/o des cas a vu les attaques cesser après l'évacuation de l'utérus.

Et ce n'est pas seulement en Allemagne que l'on est partisan de l'accouchement méthodiquement rapide dans l'éclampsie, mais encore en Italie.

Nous aurions pu rapporter différentes statistiques étrangères dans lesquelles on vante les bienfaits de cette méthode,

mais en voici une qui nous a paru particulièrement intéressante.

Au 6e Congrès de la Société d'obstétrique et de gynécologie (Pavie, octobre 1899), Ferri rapporte 82 cas d'éclampsie observés à la Maternité de Milan, de 1893 à 1898, et traités par la dilatation artificielle du col :

19 fois on a employé le procédé de Dührsen.

7 fois on a employé le dilatateur de Bossi.

56 fois on a employé le dilatateur de Tarnier (employé sans doute à tort comme dilatateur mécanique).

Sur ces 82 cas, pas un accident opératoire.

6 femmes seulement ont succombé ; soit 7 o/o de mortalité.

Ces résultats sont tout à fait intéressants.

Ajoutons, en outre, que nous avons à notre disposition un procédé opératoire qui fait courir aux femmes des risques beaucoup moindres que les procédés employés par les auteurs étrangers.

Nous croyons donc que, dans certaines circonstances, lorsque la femme est prise de crises d'éclampsie à une époque de la grossesse où l'enfant est dans des conditions suffisantes pour être élevé, surtout si elle est multipare, on pourra peut-être recourir à l'accouchement méthodiquement rapide, et cela dans l'intérêt des mères et des enfants.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.